

身体に関する証明書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

群馬県教育委員会あて

医療機関名 〇〇〇〇医院

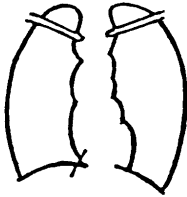
証明者

医師氏名 〇〇 〇〇 印 印

下記のとおり証明します。

記

受診日：令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本籍地	群馬県	現住所	群馬県前橋市大手町 1－1－1
氏名	群馬 太郎	生年月日	昭和 62 年 9 月 10 日
身長	cm	現 症	
体重		〇 医療機関で受診し、医師による証明を受ける。	
視力	右 矯正 () 左 矯正 ()		
眼疾	無 ・ 有		
聴力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言語			
ツベルクリン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
BCG	未接種 接 種 年 月	2 赤 沈 (X 線写真有所見者のみ) 1 時間 2 時間	
既往症 ア 結核性疾患 イ その他の疾患	3 理学的所見		
	4 尿検査 糖 () ・ たん白 () ・ 潜 血 ()		
	5 血 圧 ~		
	6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他 ()		
	7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。		
備考			

注 1 証明者、医療機関の医師であること。
2 この証明書は、提出日を基準として 1 年前までに受診したものを有効とする。

身体に関する証明書

年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

証明者

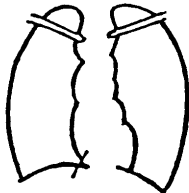
醫師氏名

印

下記の通り証明します。

記

受診日： 年 月 日

本 籍 地		現住所	
氏 名		生年月日	年 月 日
身 長	. cm	現 症 1 X線写真（直接又は間接） 所 見 	
体 重	. kg		
視 力	右 () 左 矯正 ()		
眼 疾	無 ・ 有		
聴 力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言 語			2 赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間 3 理学的所見 4 尿検査 糖 () ・ たん白 () ・ 潜 血 () 5 血 圧 ～ 6 その他の疾患 アイウエオ 心臓疾患 じん臓疾患 精神疾患 伝染性疾患 その他 () 7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
B C G	未接種 接 種 年 月		
既 往 症 ア 結核性疾患			
イ その他の疾患			
備 考			

注 2 証明者、医療機関の医師であること。1 年前までに受診したものを有効とする。